

# Allgemeiner Schlafragebogen

## Schlafmedizinisches Zentrum

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité

im St. Hedwig-Krankenhaus

Ärztliche Leitung: Dr. D. Kunz

Große Hamburger Str. 5 – 11

10115 Berlin

Tel.: 030 2311 2902

FAX: 030 2311 2912

**Bitte machen Sie zunächst einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person.**

**Name:**

**Adresse:**

**Telefon:**

**Hausarzt:**

**Anschrift:**

Krankenkasse: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich

Geburtsdatum: ..... Alter: .....

Körpergröße: ..... Gewicht: .....

Staatsangehörigkeit: .....

Muttersprache: .....

Schulabschluss: .....

Berufsausbildung: .....

ausgeübter Beruf: .....

Arbeitszeit (Tag/Woche): .....

Vollzeit  Teilzeit  Schichtdienst seit wann: .....

selbständig  Angestellte(r)  Arbeiter(in)  Hausfrau(mann)

Schüler/Student(in)  in Ausbildung  Rentner(in)  arbeitslos

Familienstand: ..... Kinder (Anzahl und Alter): .....

Ich lebe:  alleine  mit Partner/in  mit Angehörigen  
 in einer Wohngemeinschaft  in einem Heim  .....

Ich beziehe:  Erwerbsunfähigkeitsrente  Altersrente  Sonstiges .....  
 Krankengeld

Berentungsverfahren läuft:  ja  nein

Kontaktaufnahme zur Sprechstunde durch:

mich (Patient)  Angehörige  Haus-/Nervenarzt  Sonstiges .....

Fragebogen ausgefüllt am: .....

*Pittsburgh Schlafqualitäts Index (PSQI), Buysse et al. (1989)*

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar nur während der letzten vier Wochen. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

**1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?**

übliche Uhrzeit:

**2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?**

in Minuten:

**3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?**

übliche Uhrzeit:

**4. Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?**  
(Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)

Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht:

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

**5. Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...**

a) ... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

b) ... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

c) ... weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

d) ... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

e) ... weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

f) ... weil Ihnen zu kalt war?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

g) ... weil Ihnen zu warm war?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

h) ... weil Sie schlecht geträumt hatten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

i) ... weil Sie Schmerzen hatten?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

j) ... aus anderen Gründen?

Bitte beschreiben:

Und wie oft während des letzten Monats konnten Sie aus diesem Grund schlecht schlafen?

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?

- Sehr gut
- Ziemlich gut
- Ziemlich schlecht
- Sehr schlecht

7. **Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?**

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

8. **Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen Schwierigkeiten wach zu bleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?**

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

9. **Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?**

- Keine Probleme
- Kaum Probleme
- Etwas Probleme
- Große Probleme

10. **Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?**

- Ja
- Ja, aber ein Partner/Mitbewohner schläft in einem anderen Zimmer
- Nein, der Partner schläft im selben Zimmer, aber nicht im selben Bett
- Nein, der Partner schläft im selben Bett

**Falls Sie einen Mitbewohner / Partner haben, fragen Sie sie/ihn bitte, ob und wie oft er/sie bei Ihnen Folgendes bemerkt hat.**

a) **Lautes Schnarchen**

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

b) **Lange Atempausen während des Schlafes**

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

c) **Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes**

- Während der letzten vier Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

d) Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> m Während der letzten vier Wochen gar nicht<br><input type="checkbox"/> m Weniger als einmal pro Woche<br><input type="checkbox"/> m Einmal oder zweimal pro Woche<br><input type="checkbox"/> m Dreimal oder häufiger pro Woche |
|---|

e) Oder andere Formen von Unruhe während des Schlafes

|                    |
|--------------------|
| Bitte beschreiben: |
|--------------------|

*Epworth Schläfrigkeits-Skala (ESS), Murray W. Johns, 1991*

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

**Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden - sich also nicht nur müde fühlen?**

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten. Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde niemals einnicken
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

| Situation   | Wahrscheinlichkeit einzunicken |
|---|--------------------------------|
| Im Sitzen lesend  |                                |
| Beim Fernsehen  |                                |
| Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag) |                                |
| Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause                                   |                                |
| Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen  |                                |
| Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten   |                                |
| Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen   |                                |
| Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen                        |                                |
|   |                                |

**Bitte machen Sie einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand!**

Zur Zeit leide ich an folgenden körperlichen Erkrankungen:

Zur Zeit nehme ich folgende Medikamente ein (Name/Dosis):

Früher hatte ich folgende Erkrankungen:

Als Kind hatten ich Keuchhusten:

ja     nein     weiß nicht

Ich wurde gegen Keuchhusten geimpft:

ja     nein     weiß nicht

Ich rauche täglich oder fast täglich.

ja     nein

Falls ja, Anzahl                    ..... Zigaretten                    .....Zigarren

Bitte denken Sie einmal an Ihren Alkoholkonsum in den letzten 6 Monaten. An wie viel Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?

..... Tage pro Woche

Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie an einem durchschnittlichen Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

(1 Glas = 0,125 l Wein; 0,25 l Bier; 0,04 l Spirituosen)

..... Glas pro Tag

**Für Frauen!**

Ist Ihre Periode regelmäßig?

ja     nein

Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel?

ja     nein

Befinden Sie sich z. Zt. in den Wechseljahren?

ja     nein

Haben Sie Beschwerden mit den Wechseljahren?

ja     nein

**Bitte bewerten Sie, ob folgende Aussagen über Ihr Einschlafen zutreffen!**

- |   |      |        |
|---|------|--------|
| Mein Schlaf ist in anderer Umgebung oft besser als in meiner gewohnten Umgebung.                  | f ja | f nein |
| Ich habe Probleme, nach dem „Zubettgehen“ einzuschlafen.  | f ja | f nein |
| Ich gehe gewöhnlich zu sehr unterschiedlichen Zeiten ins Bett (z. B. Schichtarbeit).              | f ja | f nein |
| Beim Einschlafen gehen mir oft Gedanken durch den Kopf, die ich nicht abstellen kann.             | f ja | f nein |
| Beim Einschlafen fühle ich mich oft traurig und deprimiert.                                       | f ja | f nein |
| Beim Einschlafen bin ich oft ängstlich oder mache mir Sorgen.                                     | f ja | f nein |
| Beim Einschlafen stoße ich mit dem Kopf rhythmisch gegen mein Kissen oder die Wand.               | f ja | f nein |
| Beim Einschlafen habe ich traumähnliche Bilder (Halluzinationen).                                 | f ja | f nein |
| Beim Einschlafen habe ich ruhelose Beine (ein schmerzendes, kribbelndes Gefühl in den Beinen).    | f ja | f nein |
| Ich habe oft Angst, nicht einschlafen zu können und am nächsten Tag nicht leistungsfähig zu sein. | f ja | f nein |
| Ich habe in der Nacht oft Schmerzen oder andere körperliche Unannehmlichkeiten.                   | f ja | f nein |

**Bitte bewerten Sie, ob folgende Aussagen über Ihren Nachtschlaf zutreffen!**

- |  |      |        |
|--|------|--------|
| Ich (oder mein Partner/in) bemerke, dass ich mich im Schlaf aufrichte, im Raum umhergehe und verschiedenes mache (z. B. Bettdecke zupfen). Dies ist seit Monaten/Jahren der Fall (bitte Zahl angeben). | f ja | f nein |
| Ich wache oft davon auf, dass ich nach Luft ringe und nicht einatmen kann.   | f ja | f nein |
| Ich bemerke oft, dass ich nachts Herzklopfen habe oder mein Herz schnell und unregelmäßig schlägt.   | f ja | f nein |
| Ich schwitze während der Nacht stark.  | f ja | f nein |
| Ich spreche im Schlaf.   | f ja | f nein |
| Ich knirsche mit den Zähnen.   | f ja | f nein |
| Es kommt vor, dass ich im Schlaf aus dem Bett falle.   | f ja | f nein |
| Ich mache im Schlaf wiegende oder schaukelnde Bewegungen oder wälze mich umher.  | f ja | f nein |
| Es kommt vor, dass ich schreiend aufwache und verwirrt bin.  | f ja | f nein |
| Meine Beine zucken oder bewegen sich im Schlaf.  | f ja | f nein |

- Es kommt vor, dass ich einnässe. f ja f nein
- Ich habe während des Schlafens einen (epileptischen) Anfall gehabt. f ja f nein
- Manchmal, wenn ich aufwache, bin ich stark desorientiert und durcheinander. f ja f nein
- Wenn ich nachts oder morgens aufwache, fühle ich häufig, dass ich mich nicht bewegen kann. f ja f nein
- Ich habe traumähnliche Bilder (Halluzinationen), wenn ich nachts aufwache, auch wenn mir bewusst ist, dass ich wach bin. f ja f nein

*Mein Schlaf wird häufig gestört durch:*

- Gedanken, die mir durch den Kopf gehen. f ja f nein
- Sorgen um bestimmte Dinge. f ja f nein
- Angst, nicht wieder einschlafen zu können, wenn ich nachts aufgewacht bin. f ja f nein
- Traurigkeit und Depressionen. f ja f nein
- Hunger- oder Durstgefühle. f ja f nein
- Harndrang und Toilettengang. f ja f nein

Wie lange haben Sie Ihr Schlafproblem schon? ..... Jahre

Meine Schlafstörung zeigt sich für eine bestimmte Zeitdauer und wird immer wieder von Perioden ohne Schlafstörungen unterbrochen. f ja f nein

**Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Schlaf als Kind bis zur Pubertät!**

*Als Kind litt ich unter*

- Müdigkeit am Tage f ja f nein
- Bettnässen f ja f nein
- Sprechen im Schlaf f ja f nein
- Schlafwandeln f ja f nein
- Alpträumen f ja f nein
- nächtlichem Aufschrecken mit Angst und Verwirrung f ja f nein

*Ich hatte als Kind*

- Ein- und Durchschlafstörungen f ja f nein
- Anfälle während des Schlafes f ja f nein
- Angst vor Dunkelheit f ja f nein

- Zähneknirschen f ja f nein
- Ich war früher sehr unruhig (hyperaktiv). f ja f nein

**Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Schlafumgebung!**

Mein Schlaf wird häufig bei Schlafbeginn und während der Nacht beeinträchtigt

- durch Störungen wie Lärm, Licht, Hitze o. ä. f ja f nein
- durch Geräusche und Bewegungen meines Bettpartners. f ja f nein
- dadurch, dass ich in einem fremden Bett schlafe. f ja f nein
- durch Schichtarbeit und/oder Zeitzonenschiebung. f ja f nein
- durch andere Störungen. f ja f nein

**Bitte machen Sie Angaben darüber, wie Sie sich am Tage fühlen!**

- Ich bin tagsüber häufig müde und muss mich anstrengen, wach zu bleiben. f ja f nein
- Ich leide oft an Erschöpfung und Lethargie, auch wenn ich nicht richtig müde bin. f ja f nein
- Ich halte werktags einen Mittagsschlaf. f ja f nein
- Ich halte am Wochenende einen Mittagsschlaf. f ja f nein
- Es ist mir schon einmal passiert, dass ich bei Ärger oder Freude eine Muskelschwäche erlebte (z. B. beim Witze erzählen oder Lachen). f ja f nein
- Ich empfinde meinen Schlaf als nicht sehr erholsam. f ja f nein
- Wie lange brauchen Sie morgens nach dem Aufstehen gewöhnlich, bis Sie sich richtig frisch fühlen? ..... Stunden

**Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihrer allgemeinen Lebenssituation!**

- Ich bin zufrieden mit meiner beruflichen Situation. f ja f nein
- Ich bin zufrieden mit meiner Freizeit und meinen sozialen Aktivitäten. f ja f nein
- Ich bin zufrieden mit meiner familiären Situation. f ja f nein
- Ich bin zufrieden mit meiner Liebesbeziehung. f ja f nein
- Ich bin zufrieden mit meinem Gesundheitszustand. f ja f nein

- Ich habe das Gefühl, dass mein sexuelles Interesse nachgelassen hat.  ja  nein
- Ich glaube, dass mein Gedächtnis in letzter Zeit schlechter geworden ist.  ja  nein
- Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie früher.  ja  nein
- Ich bin unzufrieden mit einem bisher noch nicht erwähnten Bereich meines Lebens.  ja  nein
- Haben Sie in den letzten Jahren Gewicht zu- oder abgenommen.  ja  nein

Wenn ja, wieviel Kilo? \_\_\_\_\_ Kg

**Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Familie!**

Leidet jemand in Ihrer Familie (z. B. Vater, Mutter, Geschwister) an Schlafstörungen?  
Geben Sie bitte an, welche Angehörige unter folgenden Störungen leidet oder litt!

- Ein- und Durchschlafstörungen  ja  nein Wenn ja, wer?
- Müdigkeit am Tage  ja  nein Wenn ja, wer?
- Schnarchen und Atemaussetzer in der Nacht  ja  nein Wenn ja, wer?
- Ruhelose Beine während des Schlafens  ja  nein Wenn ja, wer?

*Falls Ihre Eltern nicht mehr leben:*

Wie alt wurde Ihr Vater und woran verstarb er?

Wie alt wurde Ihre Mutter und woran verstarb sie?

**Jetzt kommen wir noch einmal zu Ihrem Schlafproblem zurück.**

Welche Hilfsmittel haben Sie bisher zum Schlafen benutzt (z.B. Schlaftees oder andere Getränke, autogenes Training, Bäder, Massagen, Medikamente)? Falls Sie Medikamente zum Einschlafen benutzt haben, bitte führen Sie im Folgenden die Namen, die Dosis, die Einnahmehäufigkeit und die Einnahmezeitdauer auf.

Falls Ihr Schlaf/Wachverhalten oder Ihre Schlafstörung bisher noch nicht genau genug erfasst wurde, beschreiben Sie bitte im Folgenden Ihr Problem! Worin sehen Sie persönlich die Ursache Ihrer Schlafstörung?

Fragebogen zum Chronotypus (MCTQ), Roenneberg et al. 2003

**Bitte beantworten Sie einige Fragen zu Ihrem Tag-Nacht-Rhythmus**

**Hinweis:** Die folgenden Fragen bitte für die *derzeitige Situation* ausfüllen (z.B. ist man im Sommer oft länger im Freien als im Winter). Bei wechselnden Bedingungen (z.B. unterschiedlichen Arbeitszeiten) bitte die häufigste oder am ehesten zutreffende Möglichkeit auswählen.

**An Arbeitstagen ...**

(nicht von Personen im Ruhestand auszufüllen)...

... muss ich um... \_\_\_\_\_ Uhr aufstehen,

... brauche ich... \_\_\_\_\_ Minuten, um wach zu werden.

... erwache ich regelmäßig...  vor dem Wecker  mit dem Wecker.

Ab... \_\_\_\_\_ Uhr bin ich dann voll einsatzfähig,

... gegen... \_\_\_\_\_ Uhr habe ich meist einen Tiefpunkt.

Vor Arbeitstagen gehe ich gegen... \_\_\_\_\_ Uhr ins Bett...

... und brauche dann... \_\_\_\_\_ Minuten, um einzuschlafen

Wenn ich die Gelegenheit dazu habe, dann halte ich gerne einen Mittagsschlaf ...

stimmt  ich schlafe dann ... \_\_\_\_\_ Minuten  
 stimmt nicht  ich wäre danach wie gerädert..

**An freien Tagen ...**

(bitte nur Angaben über normale freie Tage ohne Parties etc.)

... würde ich am liebsten bis... \_\_\_\_\_ Uhr schlafen,

... wache aber meist um... \_\_\_\_\_ Uhr auf.

Wenn ich zur normalen Weckerzeit aufwache,  
dann versuche ich weiter zu schlafen...  stimmt  stimmt nicht

Falls ich wieder einschlafe, dann für weitere... \_\_\_\_\_ Minuten.

Nach dem Aufstehen brauche ich ... \_\_\_\_\_ Minuten, um wach zu werden.

Ab... \_\_\_\_\_ Uhr bin ich dann voll einsatzfähig,

gegen... \_\_\_\_\_ Uhr habe ich meist einen Tiefpunkt.

Vor freien Tagen gehe ich gegen... \_\_\_\_\_ Uhr ins Bett...

... und brauche dann... \_\_\_\_\_ Minuten, um einzuschlafen.

Wenn ich die Gelegenheit dazu habe, dann halte ich gerne einen Mittagsschlaf ...

stimmt  ich schlafe dann ... \_\_\_\_\_ Minuten  
 stimmt nicht  ich wäre danach wie gerädert..

Nach dem Ins-Bett-Gehen möchte ich noch... \_\_\_\_\_ Minuten lesen, ...

...schaffe aber meist nicht mehr als ... \_\_\_\_\_ Minuten bevor ich einschlafe.

Ich schlafe am liebsten in einem völlig abgedunkelten Raum.  stimmt  stimmt nicht

Ich wache besser auf, wenn morgens Licht ins Zimmer scheint.  stimmt  stimmt nicht

*Wie lange pro Tag halten Sie sich im Durchschnitt draußen (wirklich im Freien!!) bei Tageslicht auf?*

An Arbeitstagen: \_\_\_\_\_ Std. \_\_\_\_\_ Min.

An freien Tagen: \_\_\_\_\_ Std. \_\_\_\_\_ Min.

### Selbsteinschätzung Frühtyp / Spättyp

Nach der Beantwortung der bisherigen Fragen haben Sie wahrscheinlich ein Gefühl dafür entwickelt, welchem „Chronotyp“ Sie angehören, also ob Sie eher ein Frühtyp (auch: Morgentyp, „Lerche“) oder ein Spättyp (auch: Abendtyp, „Nachtigall“) sind. Wenn Sie z.B. an freien Tagen stets länger schlafen als an Arbeitstagen und an Montagen (auch wenn Sie nicht ausgiebig gefeiert haben) besonders schwer aus dem Bett kommen, dann sind Sie eher ein Spättyp, wenn Sie allerdings schon nach dem Aufstehen voll einsatzfähig sind, abends aber lieber ins Bett als ins Konzert gehen, dann gehören Sie eher zum Frühtypus. In den folgenden Fragen sollen Sie sich selbst und Ihre Familie einschätzen. **Bitte jeweils eine Möglichkeit auswählen!**

|                             |           |         |     |
|-----------------------------|-----------|---------|-----|
| Bezeichnung der Kategorien: | extremer  | Frühtyp | = 0 |
|                             | moderater | Frühtyp | = 1 |
|                             | leichter  | Frühtyp | = 2 |
|                             | Normaltyp |         | = 3 |
|                             | leichter  | Spättyp | = 4 |
|                             | moderater | Spättyp | = 5 |
|                             | extremer  | Spättyp | = 6 |

Ich bin ein...  0  1  2  3  4  5  6

Ich war... als Kleinkind ein...  0  1  2  3  4  5  6

... als Teenager ein...  0  1  2  3  4  5  6

*Falls Sie älter als 65 Jahre sind:*

In meiner Lebensmitte war ich ein ...  0  1  2  3  4  5  6

Meine Eltern sind/waren...

Mutter ...  0  1  2  3  4  5  6

Vater ...  0  1  2  3  4  5  6

Meine Geschwister sind/waren ...

Bruder/Schwester  0  1  2  3  4  5  6

Mein Partner (Freund/in, Ehepartner, Lebensgefährte, etc.) ist/war ...

0  1  2  3  4  5  6

Fragebogen zum Chronotyp (D-MEQ), Horne et Östberg 1976, Griefan et al. 2001 (dt.)

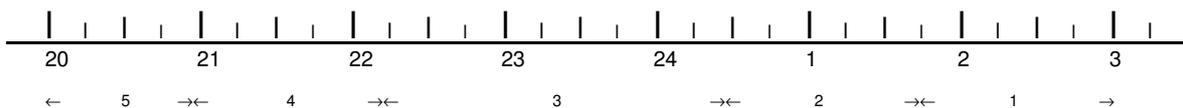
### Horne-Östberg Fragebogen zur Morgen-Abend-Typ-Bestimmung

Es folgt ein weiterer Abschnitt, der Ihren „Chronotyp“ bestimmen soll. Dabei werden Sie auf einige Fragen stoßen, die Sie in ähnlicher Form bereits beantwortet haben. Bitte beantworten Sie die Fragen trotzdem. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch dann, wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind. Beantworten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge. Beantworten Sie die Fragen in diesem Abschnitt *so schnell wie möglich*. Es sind die ersten Reaktionen auf die Frage, die uns mehr interessieren als eine lange überlegte Antwort!

1. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und Sie Ihren Tag völlig frei einteilen könnten, wann würden Sie dann aufstehen? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zeit an.



2. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und Sie Ihren Abend völlig frei gestalten könnten, wann würden Sie dann zu Bett gehen? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zeit an.



3. Wie sehr sind Sie von Ihrem Wecker abhängig, wenn Sie morgens zu einer bestimmten Zeit aufstehen müssen?

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| Überhaupt nicht abhängig | f 4 |
| Etwas abhängig           | f 3 |
| Ziemlich abhängig        | f 2 |
| Sehr abhängig            | f 1 |

4. Wie leicht fällt es Ihnen üblicherweise morgens aufzustehen?

|                        |     |
|------------------------|-----|
| Überhaupt nicht leicht | f 1 |
| Nicht sehr leicht      | f 2 |
| Ziemlich leicht        | f 3 |
| Sehr leicht            | f 4 |

5. Wie wach fühlen Sie sich morgens in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?

|                      |     |
|----------------------|-----|
| Überhaupt nicht wach | f 1 |
| Ein bißchen wach     | f 2 |
| Ziemlich wach        | f 3 |
| Sehr wach            | f 4 |

6. Wie ist Ihr Appetit in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Sehr gering     | f 1 |
| Ziemlich gering | f 2 |
| Ziemlich gut    | f 3 |
| Sehr gut        | f 4 |

7. *Wie müde fühlen Sie sich morgens in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?*
- |                 |     |
|-----------------|-----|
| Sehr müde       | f 1 |
| Ziemlich müde   | f 2 |
| Ziemlich frisch | f 3 |
| Sehr frisch     | f 4 |
8. *Wenn Sie am folgenden Tag keinerlei Verpflichtungen haben, wann gehen Sie dann – verglichen mit der üblichen Schlafenszeit – zu Bett?*
- |                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Selten oder nie später         | f 4 |
| Weniger als eine Stunde später | f 3 |
| 1 bis 2 Stunden später         | f 2 |
| Mehr als 2 Stunden später      | f 1 |
9. *Sie haben beschlossen, sich körperlich zu betätigen. Ein Freund rät Ihnen, zweimal wöchentlich eine Stunde zu trainieren; für ihn sei die beste Zeit zwischen 8:00 und 9:00 Uhr. Vorausgehend von Ihrem eigenen Wohlbefinden, wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit zu dieser Zeit ein?*
- |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| Ich wäre gut in Form                | f 4 |
| Ich wäre ziemlich in Form           | f 3 |
| Es wäre ziemlich schwierig für mich | f 2 |
| Es wäre sehr schwierig für mich     | f 1 |
10. *Um wie viel Uhr werden Sie abends müde und haben das Bedürfnis, schlafen zu gehen?  
Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zeit an.*
- 
11. *Sie möchten für einen 2-stündigen Test, von dem Sie wissen, dass er mental sehr beansprucht, in Bestform sein. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und wenn Sie Ihren Tag völlig frei einteilen könnten, welchen der 4 Testzeiträume würden Sie wählen?*
- |                     |     |
|---------------------|-----|
| 8:00 bis 10:00 Uhr  | f 6 |
| 11:00 bis 13:00 Uhr | f 4 |
| 15:00 bis 17:00 Uhr | f 2 |
| 19:00 bis 21:00 Uhr | f 0 |
12. *Wenn Sie um 23:00 Uhr zu Bett gehen sollten, wie müde wären Sie dann?*
- |                      |     |
|----------------------|-----|
| Überhaupt nicht müde | f 0 |
| Etwas müde           | f 2 |
| Ziemlich müde        | f 3 |
| Sehr müde            | f 5 |
13. *Aus irgend einem Grund sind Sie einige Stunden später als gewöhnlich zu Bett gegangen. Es besteht jedoch keine Notwendigkeit, am nächsten Morgen zu einer bestimmten Zeit aufzustehen. Welcher der folgenden Fälle wird bei Ihnen am ehesten eintreten?*
- |   |     |
|---|-----|
| Ich werde zur üblichen Zeit wach und schlafe nicht wieder ein.  | f 4 |
| Ich werde zur üblichen Zeit und döse danach noch ein wenig.     | f 3 |
| Ich werde zur üblichen Zeit wach, schlafe dann aber wieder ein. | f 2 |
| Ich wache erst später als üblich auf.                           | f 1 |

14. In einer Nacht müssen Sie für eine Nachtwache zwischen 4:00 und 6:00 Uhr wach sein. Am darauffolgenden Tag haben Sie keine weiteren Verpflichtungen. Welche der nachfolgenden Alternativen sagt Ihnen am ehesten zu?

- Ich werde erst nach der Nachtwache zu Bett gehen. f 1
- Ich werde vorher ein Nickerchen machen und nach der Nachtwache schlafen. f 2
- Ich werde vorher richtig schlafen und hinterher noch ein Nickerchen machen. f 3
- Ich werde nur vorher schlafen. f 4

15. Sie müssen 2 Stunden körperlich schwer arbeiten und können sich Ihren Tag völlig frei einteilen. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge, welche der folgenden Zeiten würden Sie wählen?

- 8:00 bis 10:00 Uhr f 4
- 11:00 bis 13:00 Uhr f 3
- 15:00 bis 17:00 Uhr f 2
- 19:00 bis 21:00 Uhr f 1

16. Sie haben sich zu einem anstrengenden körperlichen Training entschlossen. Ein Freund rät Ihnen, zweimal wöchentlich eine Stunde zu trainieren. Für ihn sei die beste Zeit zwischen 22:00 und 23:00 Uhr. Ausgehend von Ihrem eigenen Wohlbefinden, wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit zu dieser Zeit ein?

- Ich wäre gut in Form f 1
- Ich wäre ziemlich in Form f 2
- Es wäre ziemlich schwierig für mich f 3
- Es wäre sehr schwierig für mich f 4

17. Angenommen, Sie können Ihre Arbeitszeit frei wählen und Ihre Arbeitszeit beträgt 5 Stunden pro Tag (einschließlich der Pausen), die Tätigkeit ist interessant und wird nach Erfolg bezahlt. Welche **fünf aufeinanderfolgenden Stunden** würden Sie wählen?

|    |   |   |   |   |    |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|----|---|---|---|---|----|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |   |
| ←  | 1 |   |   |   | →← | 5 |   |   |   | →← | 4  | →← | 3  |    |    |    | →← | 2  |    |    | →← | 1  |    |    | → |

18. Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich Ihrer Meinung nach am besten? Kreuzen Sie bitte nur **eine Stunde** an.

|    |   |   |   |   |   |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |   |   |
| ←  |   | 1 |   |   |   | →← | 5 |   |   | →← | 4  | →← |    |    |    | 3  |    |    | →← |    |    | 2  |    | →← | 1 | → |

19. Man spricht bei Menschen von Morgen- und Abendtypen. Zu welchem der folgenden Typen zählen Sie sich?

- Eindeutig Morgentyp f 6
- Eher Morgen- als Abendtyp f 4
- Eher Abend- als Morgentyp f 2
- Eindeutig Abendtyp f 0

Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ), Rosenthal et al. 1984, Kasper 1991 (dt.)

**Es folgen Fragen zu Ihrem Befinden in Abhängigkeit von den Jahreszeiten**

Wie viele Jahre haben Sie in dieser klimatischen Zone (Mitteleuropa) gelebt? \_\_\_\_\_ Jahre

Für die folgenden Fragen ist es wichtig, festzustellen, was Sie *an sich selbst* beobachtet haben und **nicht**, was Sie *bei anderen* bemerkt haben mögen.

In welchem Ausmaß verändern sich die folgenden Bereiche mit den Jahreszeiten?  
(BITTE NUR EINEN KREIS PRO FRAGE AUSFÜLLEN)

|  | keine<br>Veränderung | geringe<br>Veränderung | mäßige<br>Veränderung | deutlich<br>ausgeprägte<br>Veränderung | extrem<br>ausgeprägte<br>Veränderung |
|--|----------------------|------------------------|-----------------------|--|--------------------------------------|
| A. Schlaflänge                         | f                    | f                      | f                     | f                                      | f                                    |
| B. Soziale Aktivität                   | f                    | f                      | f                     | f                                      | f                                    |
| C. Stimmung (allgemeines Wohlbefinden) | f                    | f                      | f                     | f                                      | f                                    |
| D. Gewicht                             | f                    | f                      | f                     | f                                      | f                                    |
| E. Appetit                             | f                    | f                      | f                     | f                                      | f                                    |
| F. Energie                             | f                    | f                      | f                     | f                                      | f                                    |

Bei den folgenden Fragen bitte alle Kreise für die zutreffenden Monate ausfüllen. Dies kann entweder nur ein einzelner Monat, eine aufeinanderfolgende Reihe von Monaten oder eine beliebige andere Gruppierung von Monaten sein.

| Wann fühlen Sie sich ...                | J<br>a<br>n | F<br>e<br>b | M<br>ä<br>r | A<br>p<br>r | M<br>a<br>i | J<br>u<br>n | J<br>u<br>l | A<br>u<br>g | S<br>e<br>p | O<br>k<br>t | N<br>o<br>v | D<br>e<br>z |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| am besten                               | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |
| nehmen Sie an Gewicht zu                | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |
| haben Sie am meisten soziale Kontakte   | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |
| schlafen Sie am meisten                 | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |
| essen Sie am meisten                    | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |
| nehmen Sie an Gewicht ab                | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |
| haben Sie am wenigsten soziale Kontakte | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |
| fühlen Sie sich am schlechtesten        | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |
| essen Sie am wenigsten                  | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |
| schlafen Sie am wenigsten               | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           | f           |

ODER

|   |
|---|
| f |
| f |
| f |
| f |
| f |
| f |
| f |
| f |
| f |
| f |
| f |
| f |

Bitte hier markieren, wenn kein bestimmter Monat (keine Reihe von bestimmten Monaten) regelmäßig herausragt

Wie viel schwankt Ihr Körpergewicht im Laufe des Jahres?

- f 0 – 2 Kilo
- f 2 – 3 Kilo
- f 4 – 5 Kilo
- f 5 – 6 Kilo
- f 8 – 10 Kilo
- f über 10 Kilo

Haben Sie in der Auswahl der Nahrungsmittel jahreszeitliche Unterschiede bemerkt?

f nein

f ja (bitte näher beschreiben): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte benutzen Sie die unten aufgeführte Skala und geben Sie an, wie Sie sich bei verschiedenen Wetterbedingungen fühlen (nur eine Antwort pro Frage möglich).

- 3 = sehr schlecht oder ausgeprägt verlangsamt
- 2 = mäßig schlecht/verlangsamt
- 1 = geringgradig schlecht/verlangsamt
- 0 = kein Effekt
- + 1 = Stimmung oder Energie ist geringgradig verbessert
- + 2 = Stimmung oder Energie ist mäßig verbessert
- + 3 = Stimmung oder Energie ist deutlich verbessert

|                                     | -3 | -2 | -1 | 0 | + | + | + | Weiß ich nicht |
|-------------------------------------|----|----|----|---|---|---|---|----------------|
|                                     |    |    |    |   | 1 | 2 | 3 |                |
| <b>kaltes Wetter</b>                | f  | f  | f  | f | f | f | f | f              |
| <b>heißes Wetter</b>                | f  | f  | f  | f | f | f | f | f              |
| <b>feuchtes Wetter</b>              | f  | f  | f  | f | f | f | f | f              |
| <b>sonnige Tage</b>                 | f  | f  | f  | f | f | f | f | f              |
| <b>trockene Tage</b>                | f  | f  | f  | f | f | f | f | <b>ODER</b> f  |
| <b>graue, wolkenverhangene Tage</b> | f  | f  | f  | f | f | f | f | f              |
| <b>lange Tage</b>                   | f  | f  | f  | f | f | f | f | f              |
| <b>hoher Pollengehalt</b>           | f  | f  | f  | f | f | f | f | f              |
| <b>Tage mit Nebel oder Smog</b>     | f  | f  | f  | f | f | f | f | f              |
| <b>kurze Tage</b>                   | f  | f  | f  | f | f | f | f | f              |

Wie viel Stunden schlafen Sie (ungefähr) in einer 24-Stunden-Zeitspanne in der angegebenen Jahreszeit (einschließlich Nickerchen)?

|                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | Mehr als 18 Stunden |   |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------------|---|
| <b>Winter (21.12. – 20.03.)</b>   | f | f | f | f | f | f | f | f | f | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f                   | f |
| <b>Frühjahr (21.03. – 20.06.)</b> | f | f | f | f | f | f | f | f | f | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f                   | f |
| <b>Sommer (21.06. – 20.09.)</b>   | f | f | f | f | f | f | f | f | f | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f                   | f |
| <b>Herbst (21.09. – 20.12.)</b>   | f | f | f | f | f | f | f | f | f | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f  | f                   | f |

Stellen die Veränderungen, die die verschiedenen Jahreszeiten mit sich bringen, ein Problem für Sie dar?  nein  ja

Wenn ja, ist dieses Problem  gering  mäßig  deutlich  schwer  invalidisierend

**ENDE DES FRAGEBOGENS - VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN!**